UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1957 — N° 44

LES ANÉVRYSMES de l'Artère splénique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 7 mai 1957

PAR

Ibrahima DIOP-MAR

Diplômé de Médecine Tropicale

né à SAINT-LOUIS (Sénégal), le 17 mai 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. G. MORETTI, professeur ..... *Président,*

A. FONTAN, professeur .....
F. PIÉCHAUD, professeur ..... *Juges.*
P. BROUSTET, professeur .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE

MCMLVII

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543917_0015

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1957 — N° 44

LES ANÉVRYSMES de l'Artère splénique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 7 mai 1957

PAR

Ibrahima DIOP-MAR

Diplômé de Médecine Tropicale

né à SAINT-LOUIS (Sénégal), le 17 mai 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. G. MORETTI, professeur ..... *Président,*

A. FONTAN, professeur .....

F. PIÉCHAUD, professeur ..... *Juges.*

P. BROUSTET, professeur.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE

MCMLVII

R. UNIV. BIBLIOTHÈ

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, G. PORTMANN.
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR :** M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC, BONNIN, GOLSE.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
G. PORTMANN ...	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	L. MASSE	Clinique chirurgicale.
F PAPIN	Clinique chirurgicale.	R GIRARD	Botanique et cryptogamie.
R. SIGALAS	Zoologie et parasitologie.	P MESNARD	Chimie.
E. AUBERTIN	Clin. médic. des mal. infectieuses.	R. DUFOUR	Anatomie.
X.-J. DUBECQ	Clinique odonto-stomatologique.	P. BROUSTET	Clinique médicale.
G VITTE	Pharmacie.	J. MAGENDIE	Clinique gynécologique.
R. FABRE	Physiologie.	F. TAYEAU	Chimie biologique et médicale.
P. DELMAS-MARSALET	Clin. des mal. nerv. et mentales.	G. MAYER	Anatomie générale et histologie.
C. JOULIA	Clin. des mal. cutan. et syphilit.	P. BLANQUET	Physique pharmaceutique (T.P.).
M. RIVIERE	Clinique d'accouchements.	R. SARIC	Pathologie générale et expérimen.
R. DE GRAILLY ..	Clinique médicale.	L. POUYANNE	Clin. chirurg. infant. et orthop.
R. DARGET	Clin. des malad. des voies urin.	J.-J. DUBARRY ...	Hydrologie thérap. et climatolog.
P. DERVILLEE ...	Médecine légale et méd. du trav.	F.-J. TRAISSAC ...	Thérapeutique.
A. FONTAN	Clin. méd. des mal. des enfants.	A. LACHAPELE ...	Carcinologie.
F. PIECHAUD	Hygiène et Clin. de la tubercul.	F. BESSIERE	Clinique ophtalmologique.
C. PIFFAULT	Physique médicale et pharmac.	H LEGER	Anat. pathol. et microsc. cliniq.
R. CASTAGNOU ...	Toxicologie et hygiène appliquée.	J. MASQUELIER ..	Matière médicale.
J. REBOUL	Electr. et clin. d'électricité méd.	G. MORETTI	Médecine et hygiène tropicales et Clin. des maladies exotiques.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique). — PAUTRIZEL (Parasitologie)
Mlle ROUGIER (Physiologie). — M. MOUSTARDIER (Bactériologie). — M. CAZAUX (Pharmacie) 3e section.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

MM.		MM.	
R. GOLSE	Pharmacie (1re Section).	R. QUILICHINI	Pharmacie (2e Section).
F. RIGAUD	Anatomie.	R STOLL	Histologie.
E. NEUZIL	Biochimie médicale.	H. CABANIE	Anatomie.
J. FAURE	Pathologie expérimentale.	J. DUHAMEL	Physique médicale.
		P ROMAIN	Pharmacie (1re Section).

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCE AGREGE :

M. J. MARQUEVIELLE (Biochimie médicale).

AGREGES EN EXERCICE :

MM.		MM.	
P. LE COULANT ..	Dermatologie et syphiligraphie.	P LAVIGNOLLE ..	Médecine générale.
M. BERGOUIGNAN.	Médecine générale.	G. FAUGERE	Obstétrique.
J. LENG-LEVY	Médecine générale.	P. BENOIT	Odonto-stomatologie.
J. CHAVANNAZ ...	Chirurgie générale.	C. MARTIN-DUPONT .	Médecine générale.
P. VERGER	Pédiatrie et puériculture.	J. DAVID-CHAUSSE	Médecine générale.
J. LANGE	Urologie.	J. RIVIERE	Médecine générale.
L CHASTRUSSE ..	Obstétrique.	P. DARMAILLACQ .	Chirurgie générale.
P. L'EPEE	Médecine légale et méd. du trav.	L CORCELLE	Ophtalmologie.
J. VILLAR	Chirurgie générale.	M. PORTMANN ...	Oto-rhino-laryngologie.
R. TINGAUD	Chirurgie générale.	P. FREOUR	Pneumo-phtisiologie.
J. DEPAULIS	Chirurgie générale.	M BLANC	Neurologie et psychiatrie.

AGREGES LIBRES :

MM. LAUMONIER (Médecine opératoire), DESPONS (Oto-rhino-laryngologie).

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.		MM.
Obstétricie sociale	MAHON.	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Médecine opératoire	LAUMONIER.	Physiologie	Mme LINQUETTE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.	Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBEAU
Accouchements	CHASTRUSSE. FAUGERE.	Phytopharmacie	CORTESI.
Puériculture	VERGER. PERY.	Droit médical international	AUBY.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.	Médecine légale	L'EPEE.
Cryptogamie	LAUBIE.	Séméologie médicale	RIVIERE J.
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE.	Séméologie chirurgicale	DEPAULIS.
Chimie biologique analytique ..	NIVET.	Embryologie	STOLL.
Chimie analytique	BABIN.	Bactériologie	DULONG DE ROSNAY.
Pathologie chirurgicale	VILLAR. CHAVANNAZ. TINGAUD. LAPORTE.	Pathologie médicale	BERGOUIGNAN. LENG-LEVY. LAVIGNOLLE.

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A MON PERE ET A MA MERE

Vos sages conseils m'ont dirigé sur le bon chemin et votre tendre affection a toujours soutenu mon courage. Je vous apporte cette thèse, témoignage de ma reconnaissance et de mon amour filial.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE AINE ABDOULAYE

Sa générosité a façonné notre âme de médecin. Il nous laisse l'exemple d'une vie faite d'élan pour le prochain.

A MA FEMME

Sur le chemin que nous suivons tu resteras le cœur tendre toujours prêt à partager les souffrances des autres Puisse ce travail, gage de mon affection, t'affermir dans ton dessein.

A MON COUSIN KASSIM

Qui nous a toujours entouré de ses soins, nous dédions ce travail, bien faible témoignage de notre gratitude et de notre profonde affection.

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES

DE L'ECOLE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DE DAKAR

AUX INSTITUTEURS AFRICAINS

Qui nous ont appris à lire et à écrire.

A NOS ANCIENS MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE DAKAR

Qui nous ont prodigué leur enseignement au lit du malade.

A NOS PROFESSEURS
DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Qui nous ont montré de plus larges horizons.
Hommage et gratitude.

A Monsieur le Docteur DUBOURG

Qui nous a si aimablement reçu dans son service et qui a bien voulu mettre à notre disposition les documents qui ont servi de base à cette thèse.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur A. FONTAN

Professeur de Clinique médicale des Maladies des Enfants,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier des Palmes Académiques,
Commandeur du Nichan El Iftikhar.

Monsieur le Professeur F. PIECHAUD

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Tuberculose,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre de la Santé Publique,
Croix de Guerre,
Médaille des épidémies,
Officier des Palmes Académiques,
Fellow in the American College of the Chest Physicians.

Monsieur le Professeur P. BROUSTET

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier des Palmes Académiques.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. MORETTI

Professeur de Médecine et Hygiène tropicales
et Clinique des Maladies exotiques,
Médecin des Hôpitaux,
Médecin des Hôpitaux maritimes,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre 1939-1945,
Mérite de l'Afrique Noire,
Chevalier de l'Etoile d'Anjouan.

Qui nous a suggéré cette thèse et qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'en accepter la présidence. Nous garderons toujours le souvenir de ses leçons si vivantes et si claires.

Les anévrysmes dans l'artère splénique

INTRODUCTION

Lorsqu'on parcourt la littérature médicale on est surpris par le petit nombre d'observations françaises sur l'anévrysme de l'artère splénique.

Si l'on excepte l'article de Roux et Binet, seuls les auteurs lyonnais en ont publié des cas. C'est qu'en fait le diagnostic de l'anévrysme de l'artère splénique n'a été, jusqu'à ces dernières années, qu'un diagnostic d'autopsie. Seulement 10 % des observations environ mettent l'accent sur un diagnostic préopératoire. Les difficultés diagnostiques proviennent en grande partie de ce que l'on ne pense pas à une affection vasculaire de la cavité abdominale qui peut cependant déterminer un drame des plus aigus. Il serait donc prudent d'interroger le système vasculaire, avec le concours si précieux de la radiologie, en présence de tout syndrome douloureux de l'étage sus-mésocolique.

La gravidité, surtout à terme, est souvent un facteur révélateur de l'anévrysme par une rupture brutale qui, sous toutes ses formes, est presque toujours fatale en dépit d'un traitement chirurgical d'urgence. Mais il arrive parfois que l'anévrysme demeure essentiellement silencieux et ne soit qu'une découverte fortuite.

Nous avons eu l'occasion d'observer un de ces cas, associé à un syndrome de Banti avec hémorragies à répétition. Le double aspect de ce cas — d'une part anévrysme calcifié du hile splénique diagnostiqué avant l'opération,

d'autre part syndrome de Banti associé dont l'occurrence n'a été relevée qu'à deux reprises dans la littérature — nous a paru assez intéressant pour servir de base à cette thèse.

Nous avons alors fouillé la littérature pour rassembler certaines observations qui trouvent place dans les pages qui suivent.

Nous ne pouvons avoir d'autre prétention que celle d'avoir colligé ces observations pour y intégrer ce que nous avons nous-mêmes observé. Si nous avons abouti à une conclusion elle ne peut avoir d'autre ambition que celle d'inviter ceux de nos confrères que la question intéresserait à dégager, dans leurs investigations, l'aspect que nous avons relevé trente ans après Schrœder.

Nous divisons ce travail en trois parties : dans la première, après un bref rappel historique, nous classerons les observations que nous avons pu rassembler ; la seconde partie sera consacrée à l'étude de l'anévrysme de l'artère splénique à la lumière de l'enseignement que nous aurons tiré de ces observations ; la troisième enfin sera réservée à nos conclusions.

PREMIERE PARTIE

I. - Historique.

II. - Observations.

I. — HISTORIQUE.

C'est en 1789 que Mayet présenta à la Société de Médecine de Lyon le premier cas de « mort rapide par rupture d'un petit anévrysme de l'artère splénique ». Une cinquantaine d'années plus tard, Rochet et Peycelon présentèrent à leur tour, à la Société des Sciences Médicales de Lyon, les pièces d'un anévrysme de l'artère splénique rompu dans l'estomac.

Ces deux cas, diagnostiqués seulement à l'autopsie, furent les seuls retrouvés dans la littérature, en France, jusqu'aux travaux déjà plus poussés de Bertrand et Clavel (1929). C'est en réalité l'article de Roux et Binet, en mars 1954, suivi de celui d'Ameline et Lamy, en juin de la même année, qui fit l'étude la plus complète de l'anévrysme de l'artère splénique.

Si très peu de travaux français ont été consacrés à cette affection, il n'en est pas de même à l'étranger où les observations sont plus nombreuses.

En Angleterre, la première observation connue fut publiée par Crisp (1847) ; il s'agissait d'un anévrysme de l'artère splénique rompu dans le côlon. Après Turner (1884), West (1885), Trevor (1903), Marshall publie en 1922 le premier cas de rupture opérée avec succès. Les

publications de Baumgartner et Thomas (1924), Anderson et Gray (1929), Machemer et Fuge (1939) ont contribué à mieux faire connaître l'affection. Gillam en 1942 rapporte un cas intéressant d'anévrysme de l'artère splénique rompu au cours des derniers mois de la grossesse et traité avec succès. La même année, Sherlock et Learmouth rapportent un cas d'anévrysme de l'artère splénique compliquant la maladie de Gaucher. Puis ce sont les travaux de Sheehan en 1948 et ceux de Tennet et Starrit en 1950, qui montrent les incidences de la grossesse sur l'anévrysme de l'artère splénique.

Aux Etats-Unis, après les premières publications d'Ayer (1883), d'Osler (1889) et de Smith, en 1923, des travaux plus récents de Danforth, de Cosgrow, Watt et Kamp font mieux connaître l'étiologie et la pathogénie de cette affection. C'est enfin Smith, Rush et Evans qui, en 1951, montrent combien l'aortographie par voie lombaire est précieuse pour le diagnostic des anévrysmes abdominaux.

En Allemagne, la documentation n'est pas moins riche. Elle porte surtout sur des anévrysmes rompus confirmés à l'autopsie. Nous retiendrons les noms de Heppner (1874), Weigert (1886), Arhens (1892), Weinberger (1907), Binder (1913), Fœhrman et Ugrumer en 1925, mais surtout celui de Schrœder (1924), qui nous a rapporté le cas le plus intéressant.

Les Hollandais ont fait des publications avec Von Rooy et Remmelts (1928) ; les Italiens avec Milone (1952) ; les pays scandinaves avec Santesson (1849) et, en 1953, Bjorkman, dans « Souffles vasculaires et grosses rates », fit une meilleure interprétation des signes séméiologiques. Ces travaux se complètent par ceux de Von Ronnen (1953) sur le diganostic des anévrysmes calcifiés des artères splénique et rénale.

Ainsi cet aperçu nous permet d'avoir une idée sur l'ané-

vrysme de l'artère splénique dont le diagnostic, avant Hœgler, en 1920, n'a jamais été posé cliniquement durant la vie.

II. — OBSERVATIONS.

A. - Cas diagnostiqués à l'autopsie.

B. - Cas diagnostiqués à l'intervention.

C. - Cas diagnostiqués avant l'intervention.

A. - Cas diagnostiqués à l'autopsie.

Observation I (Crisp, 1847).

Il s'agit d'un homme qui meurt d'hémorragie par rupture d'un anévrysme de l'artère splénique dans le côlon.

Observation II (Ponfick, 1873).

Homme de 27 ans portant une splénomégalie chez lequel on diagnostique une endocardite. Rupture dans l'estomac d'un anévrysme de l'artère splénique de la taille d'une cerise.

Observation III (Ponfick, 1873).

Homme de 25 ans.
Diagnostic : Endocardite.
Mort par rupture d'un anévrysme de l'artère splénique de la taille d'une noisette.

Observation IV (Heppner, 1874).

Chez une femme de 58 ans ayant fait une chute grave à 8 ans et une péritonite à 16 ans évolue apparemment depuis dix ans une tumeur pulsatile de l'hypochondre gauche de la grosseur d'une pomme. Auscultation négative au niveau de la tumeur.

Mort rapide avec des signes d'hémorragie interne.

A l'autopsie : rate de 23 cm de longueur. Artère splénique énorme à son origine, du volume de l'aorte, ondulée. Anévrysme calcifié du hile, où l'on relève une déchirure de 4,5 cm. Veine splénique élargie, variqueuse, avec des zones calcifiées dans sa paroi.

L'examen histologique montre surtout que c'est la tunique moyenne qui est intéressée par la calcification.

Observation V (Mayet, 1879).

Femme de 59 ans hospitalisée pour néoplasme de l'estomac remontant cliniquement à deux mois.

Mort rapide par hémorragie gastrique consécutive à la rupture d'un petit anévrysme de l'artère splénique de la taille d'une noisette.

A l'autopsie, ulcération à l'emporte-pièce sur la grande courbure, à 10 cm en dehors du pylore. Sur le fond de l'ulcération, un petit trou pouvant livrer passage à une graine de millet et conduisant à une poche anévrysmale développée sur l'artère splénique.

Il semble que le processus ulcératif ait mis le vaisseau à nu, favorisé le processus inflammatoire, enlevé aux tuniques artérielles leur résistance et favorisé ainsi leur distension et par suite la rupture.

Observation VI (Ayer, 1883).

Femme de 45 ans souffrant depuis douze ans de douleurs gastriques périodiques cédant à la morphine et simulant des douleurs qui traduisent la migration d'un calcul.

Mort rapide, en quinze minute, après des accidents dramatiques survenus dans la rue : syncope, hématémèse de sang rutilant très abondant.

Autopsie : Anévrysme de l'artère splénique. Portion inférieure de la rate très ramollie, apparaissant comme étant le siège d'une nécrose par ischémie.

Observation VII (Turner, 1885).

Homme de 37 ans. Mort rapide par rupture intrapéritonéale d'un anévrysme de l'artère splénique du volume d'une orange situé à environ deux pouces de l'origine du vaisseau. Il y a peu d'athérome de la partie la plus basse de l'aorte, mais il n'y en a pas plus haut où naissent les larges troncs artériels viscéraux.

Observation VIII (West, 1885).

Homme de 56 ans, alcoolique, souffrant depuis quatorze ans d'hématémèses à répétition, accompagnées de violentes douleurs épigastriques.

Mort rapide par hémorragies gastro-intestinales.

A l'autopsie : Anévrysme de l'artère splénique rompu dans l'estomac et adhérant à la fois à l'estomac et au pancréas.

Observation IX (Weigert, 1886).

Femme de 49 ans présentant une grosse rate. Découverte à l'autopsie d'anévrysme de l'artère splénique rompu dans la veine splénique.

Observation X (Goodheart, 1889).

Femme de 47 ans.

Diagnostic : Ulcère gastrique évoluant depuis un an.

Mort subite par hémorragie gastrique.

Autopsie : Anévrysme artère splénique. Sac anévrysmal de la grosseur d'un œuf de poule compris entre l'artère et la veine spléniques. Thrombose de la veine mésentérique supérieure.

Observation XI (Zahn, 1891).

Homme 44 ans.

Diagnostic : Ulcère duodénal ou gastrique.

Mort par hémorragie gastro-intestinale.

A l'autopsie, anévrysme d'une branche de l'artère splénique, de la grosseur d'un œuf d'oie, rompu dans le péritoine. Splénomégalie. Pancréatite.

Observation XII (Baussenat, 1892).

Homme 54 ans.

Autopsie : Anévrysme artère splénique de 8 cm de circonférence. Artère longue et tortueuse. Grosse rate.

Observation XIII (Ahrens, 1892).

Homme 26 ans. Tumeur épigastrique et splénique faisant porter le diagnostic d'anévrysme de l'aorte. La rate est grosse.

L'autopsie montre un anévrysme de l'artère splénique rompu à la fois dans l'estomac et dans la cavité pelvienne.

Observation XIV (Jourdan, 1892).

Découverte à l'autopsie d'un anévrysme de l'artère splénique rompu dans le péritoine.

Observation XV (Barlow, 1892).

Homme 61 ans. Antécédents : néphrite.

Autopsie : Multiples anévrysmes de l'artère splénique. Aorte athéromateuse.

Observation XVI (Rolleston, 1898).

Femme 37 ans. Antécédents : néphrite.

Autopsie : Découverte d'un anévrysme d'une branche de l'artère splénique de la grosseur d'une cerise.

Observation XVII (Trevor, 1903)

Homme de 53 ans, opéré pour hydrocèle. Meurt après des épistaxis et des hémorragies intestinales abondantes.

L'autopsie montre des anévrysmes de l'artère splénique dont la taille varie de celle d'un haricot à celle d'un œuf de poule.

Sclérose de tout le système vasculaire porte, mésentérique et gastro-épiploïque gauche.

Foie : 2 livres et demie, petit, ratatiné, cirrhotique. Microscopiquement, le développement cirrhotique montre une tendance peu progressive.

Rate : Grosse, 2 livres. Multiples adhérences. Capsule très épaissie. A la section, tissu splénique résistant et apparemment fibreux. Les vaisseaux s'ouvrent largement, très épaissis.

Au microscope : Fibrose diffuse de la maille du réticulum avec augmentation relative de l'endothélium et diminution des éléments lymphoïdes.

Observation XVIII (Reynols, 1906).

Femme 28 ans. Grosse rate.

Découverte nécropsique d'un anévrysme de l'artère splénique de 5 cm de diamètre rompu dans la cavité péritonéale.

Observation XIX (Weinberger, 1907).

Chez un homme de 32 ans on pose le diagnostic d'occlusion intestinale. Mort subite.

L'autopsie montre une rupture intrapéritonéale d'un anévrysme de l'artère splénique.

Observation XX (Thore, 1910).

Rupture intrapéritonéale d'un anévrysme de l'artère splénique découvert à l'autopsie.

Observation XXI (Wesenberger, 1912).

Femme 32 ans. Grossesse à terme. Grosse rate. Mort subite au cours du travail.

Autopsie : Anévrysme de l'artère splénique de 2 cm de diamètre rompu dans la cavité péritonéale.

Observation XXII (Binder, 1913).

Homme de 47 ans souffrant de douleurs épigastriques depuis sept ans. Grosse rate.

Diagnostic : Tumeur splénique.

Autopsie : Anévrysme de l'artère splénique du volume d'une noix rompu dans la cavité péritonéale.

Observation XXIII (Garland, 1921).

Homme de 52 ans hospitalisé pour dyspnée d'effort et œdème, sans antécédents cardio-pulmonaires ni spécifiques.

Une première ponction de l'abdomen ramène un liquide légèrement louche et hémorragique. Au cours d'une seconde ponction le malade présente des signes de collapsus et meurt après quelques heures.

Autopsie : Cavité péritonéale contient environ 3 litres de liquide épais sanglant et un épais caillot sanguin de 1.100 g environ.

Entre deux rétrécissements fibreux sur l'artère splénique, un sac anévrysmal de 3 cm de diamètre, sac à parois épaisses, fibreuses et présentant une petite zone fibro-calcaire avec une fissure de 4 cm. L'artère, au delà de l'anévrysme, est très tortueuse, mais ne présente que peu de formation fibro-calcaire.

Observation XXIV (Schrœder, 1924).

Jeune femme de 32 ans présentant une tumeur de l'hypocondre gauche que l'on identifie à la rate. Douleurs abdominales. Vertiges. Evanouissements. Vomissements abondants de sang.

Devant les douleurs persistantes et l'insuccès du traitement on intervient.

On identifie difficilement un anévrysme de l'artère splénique et une très grosse rate. Adhérences nombreuses et serrées. On referme sans rien enlever. Mort le lendemain.

Autopsie : Faible quantité d'un liquide séro-sanguinolent. L'anévrysme est confirmé.

— Rate : Enorme, adhérente au diaphragme, descendant à un travers de main au-dessous de l'ombilic. Poids : 3 kg.

— L'artère splénique forme une boucle en S ondulée et fortement élargie à la manière d'un anévrysme circoïde.

— La veine splénique et ses branches fortement élargies entourent l'artère, le tout donnant l'aspect d'une tête de méduse.

Examen hisologique :

— Rate : Follicules petits. On remarque spécialement la largeur des trabécules. Les sinus des veines sont larges. Les cellules de la pulpe sont rares.

— Foie : Apparition de dissociation des cellules du foie.

L'autopsie ne donne aucun indice sur la cause de l'hémorragie. Toujours est-il qu'il n'existe aucune communication de l'anévrysme avec les autres viscères abdominaux. Et l'auteur conclut :

« Il n'est pas impossible, et il est même très probable que les vaisseaux de l'estomac aient été transformés dans le même sens que ceux de la rate sous forme de varices et sous l'influence de l'artériosclérose. »

Observation XXV (Baumgartner et Thomas, 1924).

Femme de 48 ans ayant eu des antécédents dyspnéiques, meurt à l'hôpital d'une hémorragie intestinale importante suivie d'une hématémèse également très notable.

A l'autopsie, pas d'épanchement péritonéal. Une masse siégeant au niveau de la queue du pancréas, de 9 cm de diamètre, adhérant à l'estomac, au pancréas, au côlon et au rein gauche. La rate, pesant 350 grammes, contracte des adhérences fibreuses avec le diaphragme.

La tumeur ouverte laisse s'écouler un liquide épais, de coloration rouge sale. Une dissection minutieuse montre que l'artère splénique pénètre dans la cavité par sa face interne et en ressort par sa face externe.

Examen histologique : Montre une paroi artérielle très déformée par infiltration de petites cellules rondes et invasion de tissu fibro-conjonctif.

Observation XXVI (Fœhrmann et Ugrumer, 1925).

Homme 50 ans. Splénomégalie palustre. Souffre de douleurs abdominales violentes.

Intervention : Ablation d'une rate de 4 kg adhérente et ligature du pédicule.

Mort le quatrième jour.

Autopsie : Anévrysme de l'artère splénique rompu dans le péritoine.

Observation XXVII (Rochet et Peycelon, 1927).

Homme de 39 ans admis à l'hôpial pour hématémèse abondante survenue l'avant-veille.

A l'intervention, on ne trouve pas la cause de l'hémorragie. Le grêle contient un peu de sang ; le gros intestin en contient une assez grosse quantité. On fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Mort le neuvième jour.

L'autopsie ne montre aucune lésion gastrique ni duodénale, mais montre un anévrysme de l'artère splénique ouvert secondairement à l'estomac.

L'examen histologique montre des signes de mésartérite incontestable avec état inflammatoire prononcé de l'adventice.

Le diagnostic de syphilis artérielle est incontestable, bien que le malade nie toute spécificité.

Observation XXVIII (Pierre Bertrand, clinique Pr. Tixier, 1928).

Homme de 45 ans admis à l'hôpital pour occlusion du gros intestin installée à bas bruit, et le diagnostic semble s'imposer pour un volvulus de l'S iliaque.

A l'intervention, un flot de sang paraît venir du fond du pelvis. On pense à un anévrysme, mais l'état général ne per-

met pas de rechercher la source de l'hémorragie. Tamponnement serré du petit bassin avec de grandes mèches de gaze.

Suites : Après une amélioration relative, mort subite après huit semaines.

Autopsie : Il s'agit d'un anévrysme du volume d'un gros poing, développé sur la paroi antérieure de l'artère splénique, un peu plus près de la terminaison de cette artère dans le hile de la rate que de son origine sur le tronc cæliaque.

Cet anévrysme est largement rompu dans l'estomac au niveau de la face postérieure de cet organe, près du tiers moyen de la grande courbure.

L'examen des autres organes n'a rien montré de spécial.

L'examen histologique affirme un véritable processus de panartérite, processus inflammatoire chronique, dans lequel toutes les tuniques artérielles ont été confondues.

En conclusion, il s'agit d'une panartérite syphilitique.

B. - Cas diagnostiqués à l'intervention

Observation XXIX (Winkler, 1905).

Femme 25 ans.

Diagnostic : Tumeur splénique évoluant depuis six ans.

Intervention : Anévrysmes multiples de l'artère splénique. Splénomégalie.

Ablation de l'anévrysme et de la rate.

Guérison.

Observation XXX (Villard et Murad, 1912).

Homme 33 ans.

Diagnostic : Tumeur épigastrique évoluant depuis deux ans.

Intervention : Anévrysme artère splénique. Taille : aorte. L'opération consiste en une ligature vasculaire, l'ablation du sac anévrysmal ne s'étant pas montrée possible.

Mort après dix-huit jours par hémorragie.

Observation XXXI (Mulley, 1918).

Diagnostic : Tumeur splénique et rénale.

Femme 28 ans.

A l'intervention, anévrysme multiple de l'artère splénique. Grosse rate. Ablation de la rate et du sac.

Suites : Guérison. Hydronéphrose gauche.

Observation XXXII (Harnet, 1922).

Homme 35 ans.

Diagnostic : Tumeur iliaque gauche depuis six mois.

Antécédents : Drame abdominal trois jours avant l'opération.

Intervention : Splénomégalie. Anévrysme de l'artère splénique.

Ablation de la rate et du sac.

Suites : Guérison.

Observation XXXIII (Marshall, 1922).

Homme 27 ans. Opéré pour plaie pénétrante de l'abdomen par balle. Cette première intervention s'est soldée par la guérison avec une fistule pancréatique.

Après quatre mois, nouvelle intervention pour vomissements, tension douloureuse de l'épigastre, pouls à 112, respiration accélérée. Tamponnement serré.

Hémorragie intrapéritonéale après une semaine.

Nouvelle intervention qui montre un anévrysme du volume d'un pois. Ligature de l'artère splénique de chaque côté de l'anévrysme.

Suites : Abcès sous-phrénique gauche.

Observation XXXIV (Smith, 1923).

Femme 38 ans. Au cours d'une promenade ressent une douleur épigastrique violente. Perte de connaissance.

On pense à une rupture de grossesse ectopique.

A l'intervention : Aucune hémorragie dans le pelvis. Exploration de l'abdomen et l'on découvre une tumeur dans l'arrière-cavité des épiploons. Tumeur ovale de 7,5 cm de diamètre avec une déchirure sur la face inférieure de 2,5 cm obturée par un caillot.

Les tissus, trop friables, ne permettent pas l'ablation et l'état grave de la malade permet tout juste d'ouvrir le sac, de le bourrer de gaze et de le marsupialiser.

Décès deux heures après.

L'autopsie confirme un anévrysme de l'artère splénique développé au niveau de la face antérieure et rompu dans le péritoine.

Observation XXXV (Sherlock et Learmouth, 1942).

Femme 43 ans.
Tendance aux hémorragies.
Foie + 4 cm au-dessous des fausses côtes.
Rate ++ sentie à 10 cm au-dessous des fausses côtes.
G.R. : 4.200.000.
G.B. : 8.500.
Thrombocytes au-dessous de 50.000.
T.S. = 24' - T.C. = 31'.
Irrétractilité du caillot.
Résistance capillaire diminuée.
Taux de prothrombine : 92 %.

A l'intervention, l'artère splénique est tortueuse et calcifiée. Vers le hile, un anévrysme de 1,5 cm de diamètre.

La rate est bosselée.

Ablation de l'anévrysme et de la rate.

L'examen histologique de la rate répond à la maladie de Gaucher.

Suites : Guérison.

Observation XXXVI (Gillam, 1942).

Femme de 26 ans. Au huitième mois de sa première grossesse, présente des signes cliniques d'hémorragie interne ; après un travail difficile, met au monde un enfant mort-né.

Suites de couches immédiates normales. Exeaté. Revient le lendemain, dans un état de choc très accusé. On la déchoque et l'on fait une laparotomie qui montre une masse arrondie de vieux sang coagulé de la grosseur d'une orange située sous la rate. La cavité abdominale est pleine de sang avec de nombreux caillots récents dans le bassin.

L'état de la patiente ne permet pas de prolonger l'opération : on fait donc une ligature sur l'artère splénique et l'on enlève la rate, qui est un peu plus petite et plus pâle que d'habitude. L'auteur souligne que la portion de l'artère où avait eu lieu l'hémorragie est sûrement restée dans l'abdomen.

Après deux semaines, nouveau tableau dramatique qui oblige à intervenir encore. On draîne un petit abcès. On explore le pédicule splénique et l'impression qu'on eut, fut que l'artère près de la ligature avait été atteinte de thrombose.

Guérison.

Observation XXXVII (Roux et Binet, 1954).

Homme 46 ans. Souffrant d'un syndrome douloureux épigastrique, marqué par ses douleurs déclenchées par l'alimentation et se manifestant presque immédiatement après la première bouchée. Se calment et reprennent sans périodicité. Douleurs en barre, irradient vers la gauche et la base du thorax. Type de crampes, de torsion. Eructations.

Après examens radiographiques et gastroscopique, on conclut à une gastrite prédominant à la face postérieure de l'estomac. Mais, devant l'incertitude du diagnostic, on tente une laparotomie exploratrice. On découvre une tumeur battante et expansive de l'artère splénique.

Il s'agit d'un anévrysme que l'on ne peut enlever en raison du danger de clivage.

Le malade meurt six mois après, à la suite de violentes douleurs de l'étage sus-ombilical qui se sont terminées par une hématémèse.

Observation XXXIII (Roux et Binet, 1954).

Homme de 37 ans. Hospitalisé pour syndrome douloureux épigastrique évoluant depuis trois ans. Douleurs survenant

dix minutes après les repas, non calmées par les aliments, sans périodicité. Durent toute la journée. Se manifestent tous les jours. Douleurs transfixiantes, puis diffusant dans tout l'abdomen. Nausées et parfois vomissements.

L'examen clinique montre un amaigrissement marqué, une asthénie profonde, une douleur au palper profond de la partie gauche de l'épigastre, de l'hypocondre gauche et au niveau de l'angle costo-lombaire gauche.

Des radiographies éliminent formellement un ulcère gastrique ou duodénal.

L'échec du traitement médical et l'acuité des douleurs décident à la laparatomie exploratrice.

L'exploration du pancréas montre deux noyaux durs à la tête et à la queue : processus de pancréatite chronique. Sur le bord supérieur du pancréas, un thrill intense dirigé de droite à gauche et disparaissant à la compression de l'origine de l'artère splénique. En même temps, une zone battante traduisant l'existence d'un anévrysme de l'artère splénique.

Conduite : A travers un feutrage celluleux à l'origine de l'artère, on fait une ligature et l'on complète par une splénectomie.

L'examen histologique de la rate montre les travées capsulaires épaissies et les corpuscules de Malpighi raréfiés.

Suites : Douleurs moins accusées. Malade amélioré, a pu reprendre son travail.

C. - Cas diagnostiqués avant l'intervention.

Observation XXXIX (Hœgler, 1920).

Chez une femme de 61 ans, on pose le diagnostic de tumeur épigastrique et splénique. Anévrysme de l'artère splénique. Evolution : un an.

Mort par hémorragie intestinale.

Autopsie : Splénomégalie. Anévrysme de l'artère splénique du volume d'une noisette. Cancer du pancréas.

Observation XL (Linbœ, 1932).

Femme 33 ans hospitalisée pour douleurs épigastriques, troubles dyspeptiques, asthénie et anémie.

On relève dans les antécédents une première hospitalisation pour troubles digestifs et une seconde pour phlébite puerpérale.

Une première radiographie montre un estomac et un bulbe duodénal normaux. Mais, correspondant à D_{12} et située à gauche, on voit une ombre calcifiée située derrière l'estomac, plus grande qu'un demi « penny », nettement limitée à la périphérie par un anneau calcifié.

On pense à un anévrysme calcifié en particulier de l'artère rénale ou de l'artère splénique.

Seconde radiographie deux jours après. On fait une pyélographie et l'on constate, à environ 1 cm de la colonne vertébrale, au niveau de l'interligne D_{11}-D_{12}, une ombre calcaire de même dimension que la précédente, limitée à sa périphérie par une zone calcifiée très dense et très nette avec une petite ouverture latérale. La partie centrale est moins dense.

La pyélographie permet de situer cette image au-dessus du pédicule rénal.

En position oblique, l'ombre calcifiée est en dehors de l'ombre du rein, tandis que de profil elle est vue devant la colonne vertébrale.

Latéralement à cette image, on voit un vaisseau calcifié partant du hile splénique.

A l'intervention : Anévrysme calcifié de l'artère splénique du volume d'une prune, à 2 cm. environ du tronc cœliaque. Ligature à l'origine de l'artère. Splénectomie.

En résumé : Anévrysme calcifié de l'artère splénique diagnostiqué par les R. X. En raison du pronostic très mauvais décrit dans la littérature, l'auteur intervient et enlève à la fois l'artère et la rate.

Observation XLI (Von Ronnen, 1953).

Femme de 62 ans. Souffre de douleurs dans le dos et le côté droit. Radiographie de la colonne lombaire, montre une

spondylose déformante, une calcification circulaire de la taille d'une cerise à l'hypcondre gauche, au niveau de D_{12}, et une autre de la taille d'un pois dans la région hilaire du rein droit. Les deux ombres ont une périphérie dense bien définie et une portion centrale moins opaque et tachetée. Une tige semblait naître de la partie latérale de la première image qui est située au-dessus et sur le côté latéral du pôle supérieur du rein gauche et qui bouge avec la respiration.

Une urographie et un repas baryté permettent d'arriver à cette conclusion : anévrysmes calcifiés des artères rénale gauche et splénique.

Traitement : Néphrectomie gauche suivie plus tard d'une splénectomie avec ablation de l'anévrysme de l'artère splénique.

Suites : Un an après, disparition de la douleur.

Observation XLII (Von Ronnen, 1953).

Homme 64 ans. Opéré pour hydrocèle et deux semaines plus tard se plaint d'une douleur aiguë dans le ventre. On pense à un iléus. Simple radiographie de l'abdomen, montre une artère splénique calcifiée, tortueuse et élargie, se terminant par une dilatation ovale dans l'hypochondre gauche.

Radiographie de l'estomac et de l'intestin : Néant.

Données cliniques : Artériosclérose périphérique.

La douleur abdominale disparaît lentement. Sa cause reste obscure. Elle serait peut-être due à des infarctus dans la rate liés à l'anévrysme.

L'extension de l'artériosclérose et le bon état général du patient font qu'on abandonne toute tentative chirurgicale.

Suites : Le malade est exéaté dans de bonnes conditions.

Observation XLIII (Von Ronnen, 1953).

Femme 59 ans fut amenée à la radio pour douleur autour des dernières côtes gauches après un traumatisme. Aucune anomalie des côtes. Au niveau de D_{12}, deux ombres circulaires situées au milieu de la rate. L'une est arrondie, de la taille d'une bille et latéralement, la seconde ovale, de la taille

d'une amande avec une tige distincte sur le bord latéral. Périphérie des deux ombres dense et bien définie. Centre tacheté. Ces ombres, situées au pôle supérieur du rein gauche, mobiles avec la respiration, se projettent, en position latérale, sur la colonne vertébrale.

Conclusion : Anévrysmes calcifiés de l'artère splénique En raison de l'absence de symptômes et comme ils sont calcifiés et de petite taille, on ne se prononce pas pour l'intervention.

Observation XLIV (Von Ronnen, 1953).

Femme de 71 ans. Envoyée à la radio pour examen des dernières côtes après un traumatisme. Pas d'anomalies des côtes. Latéralement à la hauteur de D_{12} on découvre une ombre circulaire calcifiée de la taille d'une bille, mobile avec la respiration. En vue latérale elle se projette sur la colonne vertébrale.

Conclusion : Anévrysme calcifié de l'artère splénique. Comme la patiente n'avait jamais eu des symptômes se rapportant à l'anévrysme, l'intervention chirurgicale fut écartée.

Observation XLV (Riemenschneider, 1955).

Femme de 61 ans, admise à l'hôpital après un accident d'auto. Des radiographies de la colonne lombaire montrent des fractures de L_4 et L_5. Dans le cadran supérieur gauche, six ombres en forme d'anneaux calcifiés mesurant 4 cm de diamètre. En raison de la disposition linéaire de ces ombres, leur situation et le fait que plusieurs semblent être des anneaux incomplets, on pose le diagnostic de nombreux anévrysmes de l'artère splénique. Confirmation à l'aortographie.

Du fait de la mortalité qui suit la rupture de ces anévrysmes on fait une splénectomie prophylactique.

Observation XLVI (Ameline et Lamy, 1954).

Une Guadeloupéenne de 37 ans est hospitalisée pour splénomégalie évoluant depuis cinq ans dont on n'a pas fait le diagostic étiologique.

Syndrome d'hypertension portale. Anévrysme assez important de l'artère splénique découvert à la radiographie, mais n'a pu être confirmé par l'aortographie. Hypersplénisme.

Traitement : Splénectomie.

Suites simples avec réaction pleurale.

Examen histologique :

— Rate : Parenchyme de structure normale. Fibrose généralisée intéressant capsules et cloisons de refend. Corpuscule de Malpighi de morphologie normale. Pulpe rouge, montre aspect classique de fibro-adénie.

— Foie : Montre une cirrhose lobulaire systématisée à l'architecture lobulaire du foie, une sclérose dépourvue de cellules inflammatoires, étendue en minces bandes d'un espace porte à l'autre.

— Veine splénique : Endophlébite.

— Artère splénique : Endartérite importante, segmentation des fibres élastiques et présence de dépôts calcaires dans la média.

Observation XLVII (Clinique du Dr Dubourg).

Malade pour laquelle on avait fait un traitement une première fois à la clinique pour hémorragies gastro-duodénales très abondantes.

Deux ou trois mois après, nouveaux accidents à l'occasion desquels on fait les examens habituels.

Le docteur Moretti est appelé en consultation.

On retient dans l'histoire une petite ecchymose spontanée qui s'est produite deux mois plus tôt et une rate très augmentée de volume, ainsi qu'un petit anévrysme de l'artère splénique : diagnostic fait par le docteur Caillon.

Le 27 février 1954, on fait un bilan sur la demande du docteur Moretti et du docteur Raffin.

1° Temps de saignement : 2' 40", 3' 10".

Temps de coagulation :

— En pipettes capillaires : 3' 20".

— Sur lames : 3' 30".

— En tubes : 10'.

2° Caillot : Rétractile.

3° Fragilité capillaire : A l'appareil de Lavolay, pas de pétéchies à deux reprises à 30 cm de Hg.

4° Epreuve au thymol de Mac Lagan : 38° à l'électrophotomètre de Meunier (normale : 10 à 30°).

5° Test de Hanger : Négatif.

6° Fibrinogène : 3,20 g/litre plasma.

7° Détermination du rapport albumine/globuline :

— Protides totaux ..... 63,8 g/l sérum
— Albumine ..... 30,8 g/l sérum
— Globuline ..... 34,04 g/l sérum

Rapport : Albumine/globuline = 0,90.

8° Electrophorèse :

— Albumine : Très légère diminution.
— Globuline : Toutes les différentes fractions sont sensiblement normales.

9° Hémoglobine : 71 % (titrée au photomètre).

Numération globulaire :

— Globules rouges 3.960.000/mm³
— Globules blancs 3.800/mm³

Numération des hématoblastes 270.000/mm³

Valeur globulaire : 0,9.

Formule leucocytaire :

— Polynucléaires neutrophiles ..... 50 %
— Polynucléaires basophiles ..... 0 %
— Polynucléaires éosinophiles ..... 4 %
— Lymphocytes ..... 43 %
— Monocytes ..... 3 %

Pas d'anisocytose ni de poïkilocytose.

Réticulocytes peu nombreux, 5 % environ.

Hématoblastes de morphologie normale, isolés et par quelques petits amas.

Pas vu de mégathrombocytes.

10° Myélogramme :

— Hémohistioblastes 4
— Myéloblastes 3
— Myélocytes 16
— Métamyélocytes 22
— Polynucléaires 17
— Eosinophiles 2
— Erythroblastes basophiles 6
— Erythroblastes polychromatophiles 7
— Erythroblastes orthochromatophiles 12
— Lymphocytes 11

100

Moelle de densité un peu inférieure à la moyenne. Légère réaction érythroblastique. Les mégacaryocytes sont peu nombreux (15 à 20 par lames) avec les proportions suivantes pour 20 éléments :

— Grands et moyens mégacaryocytes avec cytoplasme abondant 6
— Mégacaryocytes avec plaquettes 3
— Promégacaryocytes, petits à cytoplasme restreint .. 11

Le 1er avril 1954.

Demande du docteur Dubourg :

Taux de prothrombine : 100 % du taux normal.

Le 7 avril, sur la demande du docteur Duhart, on fait de nouveaux examens :

— Taux de prothrombine ..... 72 %
— Globules rouges 3.660.000/mm³
— Globules blancs 5.600/mm³
— Valeur globulaire 1

Pas d'anisocytose ni de poïkilocytose.

Intervention le 12 mai 1954 (docteur Dubourg).

Thoraco-laparotomie. On enlève la rate. On trouve un petit anévrysme de dimension d'une grosse cerise, mais surtout, en contrôlant le duodénum, on trouve un ulcère que la radio n'avait jamais mis en évidence.

Gastro-duodénectomie complémentaire. Drainage habituel. Fermeture de la paroi à l'ordinaire. Guérison.

Examen anatomo-pathologique des pièces enlevées sur la demande du chirurgien.

1° Rate : La capsule est épaisse. Les corpuscules de Malpighi ne sont qu'un peu plus nombreux et parfois un peu plus volumineux que normalement. Presque toujours ils sont accompagnés d'une artériole volumineuse à lumière très rétrécie, à parois fort épaisses, souvent entourées d'une large couronne collagène. Au niveau de la pulpe rouge, les cordons de Billroth apparaissent plutôt réduits, soit du fait du développement de la sclérose interstitielle, soit de la distension des sinus veineux.

Conclusion : Rate fibro-congestive avec image de fibro-adénie.

2° Foie : Les travées hépatiques sont mal dessinées, souvent disloquées. Les cellules sont de taille variable. Elles présentent une nette anisocaryose. Le cytoplasme est souvent peu coloré, plus ou moins abondant, parfois véritablement clarifié. Quelques cellules sont plus volumineuses, très claires, hyperplasiques, mais parfois épuisées. Quelques-unes sont en dégénérescence graisseuse.

En une région surtout on note un groupe de cavités lacunaires lymphangiomateuses. Il existe un épaississement fibreux au niveau des espaces de Kiernan, mais il n'y a pas de cirrhose annulaire.

En bordure, il existe deux cavités kystiques assez volumineuses tapissées par un épithélium cubique bas et limitées par une bande fibreuse.

Conclusion : Kystes multiples lymphangiomateux et épithéliaux d'origine vraisemblablement biliaire embryonnaire.

Atteinte dégénérative diffuse des cellules hépatiques, mais de caractères modérés avec aspect d'hyperplasie compensatrice.

Présence dans la région splénique d'une opacité cerclée incomplète du volume d'une grosse cerise.

L'anévrysme après excision

Nous avons recueilli ainsi une série d'observations dont certaines paraissent incomplètes et peu instructives ; mais, placées dans un ensemble, elles sont assez explicites pour fournir matière à déduction.

Nous terminerons alors cette première partie par deux tableaux synoptiques donnant, d'une part la plupart des cas diagnostiqués et confirmés à l'intervention ou à l'autopsie, d'autre part le pourcentage des anévrysmes trouvés au cours des nécropsies, par rapport au nombre total d'autopsies effectuées par les différents auteurs.

I. - Cas diagnostiqués à l'autopsie.

Auteurs	Nombre d'autopsies	Nombre d'anévrysmes	%
Basdorf	3.108	7	0,22
Emmerich	8.869	1	0,01
Feldman	1.319	11	0,8
Garland	4.100	3	0,07
Guy	5.000	2	0,04
Lindboe	41.437	21	0,05
Muller	10.360	9	0,03
Ophüls	3.000	1	0,03
Schroeder	32.768	20	0,06
Sherlock et Learmouth	84.000	33	0,039
Sperling	38.810	7	0,02
Seids et Hauser	12.894	4	0,03
Von Schrotter	19.300	4	0,02

II. - Cas diagnostiqués avant l'intervention et l'autopsie.

Date	Auteurs	Moyens diagnostiques	Vérification
1920	Hoegler	Tumeur pulsatile - Souffle	Autopsie
1921	Ortner	Splénomégalie - Souffle..	Autopsie
1931	Lindboe	Radiographie	Opération
1936	Haffner	Radiographie	Opération
1937	Safwenberg ...	Radiographie	Autopsie
1939	Guy	Tumeur pulsatile - Souffle	Opération
		Hémorragies	
1940	Sperling	Tumeur pulsatile - Souffle	Opération
		Radiographie	
1941	Seids et Hauser	Tumeur pulsatile - Souffle	Opération
		Radiographie	
1953	Von Ronnen ..	Radiographie	Opération
1954	Lamy et Ameline	Radiographie	Aortographie
1955	Riemenschneider	Radiographie	Opération

DEUXIEME PARTIE

ETUDE GENERALE DE L'ANEVRISME DE L'ARTERE SPLENIQUE

I. - Données étiologiques.
II. - Données anotomo-pathologiques.
III. - Données cliniques et radiologiques.
IV. - Traitement.

I. - DONNEES ETIOLOGIQUES.

Si certains facteurs telles l'artériosclérose, les tares congénitales, les infections, sont plus fréquemment rencontrés, d'autres, tels la syphilis, les traumatismes, s'ils ne sont l'exception, sont particulièrement rares.

Ceci nous permet de distinguer les causes majeures des causes mineures.

A. - **Causes majeures.**

1° *Infections.* — Se rencontrent avec prédilection chez les sujets jeunes. C'est surtout au cours des endocardites rhumatismales que ces sujets font des embolies septiques (obs. III).

2° *Artériosclérose.* — Se rencontre chez des sujets d'au moins 60 ans avec une fréquence égale dans les deux sexes.

Le plus souvent, c'est une trouvaille d'autopsie, l'artère splénique pouvant être la seule artère atteinte ; mais souvent, d'autres artères souffrent et sur toutes les artères principales on relève des anomalies.

Une telle artère, caractérisée par son état tortueux, est entourée par un tissu aréolaire lâche et s'étend parfois au-delà (Guy, 1939). Les modifications de ses parois (calcifications, ulcérations athéromateuses) prédominent sur la convexité des courbes et créent des zones affaiblies qui saillent même en l'absence de pression sanguine trop forte. L'hypertension devient alors un important facteur de distension du sac anévrysmal. Gunther (1938), dans une série de 400 autopsies chez des sujets hypertendus, trouve 4 anévrysmes de l'artère splénique, soit une incidence de 1 %, nettement supérieure au pourcentage que l'on trouve dans la moyenne des observations.

3° *Faiblesse congénitale de la paroi artérielle.* — Ici, ce sont les femmes qui semblent les plus atteintes.

Il existerait un point faible de la média au point de division du tronc artériel ou de ses plus grosses branches.

L'idée qu'un ou plusieurs anévrysmes peuvent être dûs à une faiblesse congénitale fut émise pour la première fois par Eppinger (1887). Fearnsides, en 1916, montra qu'une faiblesse congénitale de la paroi artérielle aux points de bifurcation est un facteur important dans la formation de quelques anévrysmes intracrâniens. Plus tard, Forbus montra que ces anévrysmes cérébraux sont associés à un défaut caractéristique de la tunique moyenne de la paroi artérielle à l'angle formé par l'embranchement des vaisseaux. Ce défaut consiste en une interruption du revêtement musculaire aux points de bifurcation des artères de taille moyenne dont l'adventice et l'intima sont intacts. Ceci s'explique par le fait qu'embryologiquement le tronc et les branches ont une origine différente, évoluent indépendamment les uns des autres, et c'est aux points de

jonction des branches respectives que se trouverait le point faible de la média.

Depuis que des malformations semblables à celles des vaisseaux cérébraux sont reconnues sur les artères abdominales, il semble possible que certains anévrysmes se développent à leurs dépens. Peu d'intérêt était accordé à cette possibilité avant Forbus, mais bien des témoignages ont plaidé en sa faveur (Nervin et Williams sur la pathogénie des anévrysmes ; Sherlock et Learmouth : coexistence des anévrysmes de l'artère splénique et de l'hexagone de Willis) ; Bruce, en 1937, traitant de l'hémorragie intrapéritonéale spontanée, dit que dans certains cas où l'on ne peut trouver la source de l'hémorragie, la rupture d'un minuscule anévrysme congénital pourrait en être la cause. Cette thèse a été appuyée par une observation de Nervin et Williams. Il s'agissait d'une femme de 56 ans qui mourut après un diagnostic d'hémorragie sus-arachnoïdienne. A l'autopsie on trouva une hémorragie sus-arachnoïdienne par rupture d'un anévrysme de la taille d'une baie et une hémorragie intrapéritonéale sans cause apparente. L'examen microscopique montra des lésions caractéristiques dans la fourche de la première bifurcation de l'artère cérébrale moyenne et dans l'angle compris entre les deux branches des artères mésentériques.

D'autre part, une étude de Ferrari montre 14 anévrysmes de l'artère splénique sur 143 autopsies, soit une incidence de 9,8 % ; cette incidence inhabituelle trouverait son explication, selon Feldman, au fait que de tout petits anévrysmes ont été trouvés par un examen très méticuleux.

On trouverait certes un pourcentage d'anévrysmes spléniques beaucoup plus élevé si le système artériel abdominal avait une constitution identique au système cérébral. En effet, la différence de structure histologique des deux systèmes explique la fréquence plus grande des anévrysmes congénitaux des vaisseaux cérébraux ; dans les

cérébrales, l'adventice manque de tissu élastique et n'est pas aussi bien développé que dans les vaisseaux abdominaux. Comme les défauts observés dans la paroi musculaire semblent être identiques dans tout le système artériel, certains facteurs, telle cette différence de structure, doivent prédisposer à une formation plus fréquente d'anévrysmes dans le système cérébral.

B. - **Causes mineures.**

1. *Syphilis.* — Affection très rare dans l'étiologie des anévrysmes de l'artère splénique, la syphilis n'a été signalée que dans deux observations; l'une est de Rocher et Peycelon (1927), l'autre, de Bertrand et Clavel (1929), tous ces deux cas étant confirmés par l'histologie (obs. XXVII et XXVIII).

Dans un troisième cas signalé par Trévor, on relève des antécédents spécifiques mais qui ne semblent avoir aucune incidence sur l'étiologie.

2. *Traumatismes.* — Ils constituent un facteur étiologique aussi rare que le précédent.

En effet, la situation profonde de la rate et ses rapports importants avec les viscères abdominaux réduisent les chances de survie après un traumatisme intéressant l'artère splénique en même temps que les organes voisins. On ne connaît guère que quatre cas où le traumatisme peut être relevé dans les antécédents.

Dans un premier cas, le traumatisme est arrivé cinquante ans avant; on en tira la simple déduction qu'il pouvait être un facteur étiologique.

Dans un second cas, Monro rapporte une histoire où l'on relève une chute avec fracture du crâne et des jambes datant de douze ans.

Harnett, chez un malade (Obs. XXXII), note une blessure abdominale datant de douze ans plus tôt.

En réalité, il n'y a qu'un cas publié par Marshall, en

1922, où le facteur traumatique est incontestable. Il s'agissait d'une plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu (Obs. XXXIII).

3. *Affections de la rate et du pédicule splénique.* — Beneke émit l'idée que la rate et son artère devraient être considérées comme une seule unité et que l'augmentation de l'une retentit sur l'autre. L'artère splénique alors hypertrophiée pourrait subir des changements dégénératifs prématurés. Gunther, qui a soutenu l'idée de Beneke, rapporte alors un cas de rupture d'un anévrysme de l'artère splénique grossièrement athéromateuse chez un sujet porteur de splénomégalie palustre.

Ce point de vue a été controversé bien que l'on puisse lui rapprocher celui, bien plus récent, de Roux et Binet, selon lequel certains anévrysmes seraient liés à une affection primitive de la rate, comme si la distention de cet organe retentissait sur tout son système artériel.

Ce qui nous semble aussi logique c'est que l'augmentation de pression dans la circulation porte pourrait déterminer, par le relai de la rate, un anévrysme de l'artère splénique. Trévor en 1903, Schrœder en 1924, ont signalé chacun un cas d'anévrysme de l'artère splénique au cours d'un syndrome de Banti. Fretheim, en 1938, rapporte un cas d'anévrysme de l'artère splénique accompagnant une rate flottante, congestionnée par un état rigide de la veine splénique.

Il semblerait donc que l'anévrysme de l'artère splénique peut être la conséquence de tout facteur pouvant déterminer une hypertension portale et rentrant dans le cadre du syndrome de Banti. Nous pensons à la torsion du pédicule splénique, aux sténoses vasculaires, aux thrombophlébites consécutives à une intervention chirurgicale ou aux infections de voisinage.

Il ne serait peut-être pas vain d'ajouter que l'action du syndrome de Banti ne serait déterminante que sur des artères congénitalement prédisposées.

4. *Age et sexe.* — De prime abord les femmes semblent plus touchées. Dans tous les cas cliniques rapportés, les femmes dominent dans la proportion de 2 à 1; mais faisons ces remarques avec Feldman :

a) Dans les études autopsiques, la répartition est presque égale ;

b) La prépondérance des femmes dans les cas chirurgicaux s'explique par la rupture de l'anévrysme au cours de la grossesse. En effet, la gravité agit, d'une part par l'augmentation de la masse sanguine et par l'hypertension modérée qui l'accompagne, d'autre part par des facteurs hormonaux qui provoquent un relâchement du tonus de la paroi artérielle.

Sherwin et Gordimer, par ailleurs, notent qu'en dehors de l'âge génital l'incidence de l'anévrysme de l'artère splénique est approximativement égale dans les deux sexes.

Dans une étude de Feldman les âges s'échelonnent de 14 à 81 ans. La même étude fait remarquer aussi que sur 24 cas chez les hommes, 19 arrivent au-dessus de 50 ans ; par contre, chez les femmes, le groupe des jeunes domine : sur 77 femmes il trouve 51 entre 20 et 40 ans.

II. - DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

De type fusiforme ou sacciforme, les anévrysmes de l'artère splénique peuvent se localiser soit sur le tronc lui-même, soit sur les branches de division ou dans la rate parfois ; mais la grande majorité se rencontre sur le tronc et le hile. Leur taille varie d'une sacculation minuscule à 15 cm de diamètre, et même davantage. Palmer rapporte un cas où la masse anévrysmale atteint la crête iliaque.

Leur nombre est variable ; ils sont souvent uniques, mais on peut parfois trouver plusieurs sacs anévrysmaux, jusqu'à dix même, comme dans une observation de Gosgrow. Cet état d'anévrysmatose peut être essentiellement intra-splénique par dilatation d'une artère trabéculaire. Goi-

NARD signale que ces dilatations intrasplèniques peuvent atteindre la taille d'une noisette.

L'étude histologique des lésions d'artériosclérose montre une artère splénique tortueuse, l'intima épaissie avec surcharge athéromateuse, et parfois calcifications et ulcérations. Le sac anévrysmal est mince avec des taches calcifiées et contient des caillots laminés d'âges variés ; microscopiquement, il a une base formée d'un tissu fibreux infiltré de lymphocytes.

Les anévrysmes d'origine infectieuse se caractérisent par une nécrose de la média par embolie septique entraînant une sclérose des vasa-vasorum.

Quant aux anévrysmes d'origine congénitale, on y remarque une atrophie de la média, de la limitante élastique interne et parfois une anomalie du développement du péritoine régional.

La splénomégalie est communément associée à l'anévrysme de l'artère splénique, probablement en raison de la pression hypertensive excessive dans le système artériel splénique. FELDMAN, sur 9 cas d'anévrysmes de l'artère splénique, relève 3 splénomégalies. SHERLOCK et LEARMOUTH, sur 125 cas, notent 22 % de splénomégalies.

La rate contracte souvent des adhérences avec les organes voisins, et il n'est pas rare qu'elle renferme des infarctus. Parfois, des thromboses de la veine splénique lui sont associées.

Le pancréas est souvent le siège de fibrose, de dégénérescence calcique, d'infarctus. Cet état entraîne une déficience de la fonction pancréatique qui se traduit par une diminution de la tolérance au glucose (SPERLING) et par un taux assez bas de l'amylase et de la trypsine dans les selles (LOWER et FARREL).

Lorsque l'anévrysme se rompt, il peut s'ouvrir dans un organe voisin, 55 à 60 % des cas dans la grande cavité péritonéale. Viennent ensuite, par ordre de fréquence : l'estomac (11 à 13 %), l'espace rétro péritonéal (7 à 8 %),

le côlon et le pancréas (7 à 8 %), la veine splénique (0,5 %).

Le lieu où se produit la rupture dépend de la situation de l'anévrysme ; il suffit donc de considérer le trajet de l'artère pour voir l'organe dans lequel il se rompt. Si toutes les publications mettent l'accent sur la fréquence plus grande de la rupture dans la grande cavité péritonéale, il est aussi de nombreux cas où cette cavité est envahie secondairement à travers le foramen de Winslow par débordement de l'arrière-cavité des épiploons.

III. - DONNEES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES.

Les anévrysmes de l'artère splénique sont souvent asymptomatiques ; mais ils peuvent parfois se révéler par des signes qui leur sont propres ou qui traduisent la compression sur les viscères voisins, ou parfois par une rupture dans la cavité abdominale avec un cortège de signes qui font souvent errer le diagnostic.

Cette physionomie nous permettra donc de l'étudier sous un triple aspect : clinique, radiologique, et après rupture.

A. - Aspects séméiologiques.

Dans la symptomatologie fonctionnelle, la douleur est l'élément le plus fréquent ; c'est une douleur localisée dans la partie haute de l'abdomen, au niveau du creux épigastrique ou dans le quadrant supérieur gauche ; c'est une douleur en barre transversale pouvant irradier vers le haut, vers le bas ou en arrière vers la colonne vertébrale. Elle est capricieuse, rebelle à la médication alcaline, n'a pas de rapport avec les repas, mais peut être réveillée immédiatement après l'ingestion d'aliments ; elle se manifeste parfois par des paroxysmes qui peuvent être occasionnés ou aggravés par la flexion du thorax (Osborne).

Nausées et vomissements ne sont pas rares ; ils peuvent être dûs soit à une irritation du plexus solaire, soit à une

irritation de l'estomac par l'expansion du sac anévrysmal.

D'autres symptômes dyspeptiques se rencontrent parfois (éructations, hoquets), le tout chez un sujet anémié, asthénique, ayant beaucoup maigri et chez lequel l'examen radiologique élimine d'une manière formelle toute lésion gastro-duodénale, vésiculaire ou pancréatique.

Parfois cependant mœlénas et hématémèses, préludes d'une catastrophe, signent une fissuration de l'anévrysme qui s'ouvre dans l'estomac ou l'intestin.

Les signes physiques qui accompagnent cette dyspepsie sont souvent négatifs, ou se bornent à une tumeur de volume variable, non précise dans ses limites, située dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen. Il arrive parfois qu'on lui reconnaisse certains caractères : battement et expansion, souffle systolique qui, ici, se propage de droite à gauche, s'entendant, comme l'a remarqué Brockman, jusqu'au-dessous de la douzième côte en arrière. Cependant, il convient, avec Bjorkman, d'apporter une réserve sur l'interprétation de ce souffle. En effet, il n'est pas rare d'entendre un souffle vasculaire sur l'aire de projection de la rate chaque fois qu'il y a splénomégalie. Or la grosse rate est considérée comme un signe fréquent dans les anévrysmes de l'artère splénique. Nous dirons donc avec Roux et Binet qu'en présence d'une hypertrophie de la rate au cours d'un anévrysme de l'artère splénique, la perception d'un souffle n'aura de valeur que si elle s'entend en dehors de la zone de projection de la rate.

Ces caractères anévrysmatiques peuvent fort bien exister, mais sans s'extérioriser. C'est ainsi que Schrœder trouva une rate énorme couvrant la tumeur anévrysmale, ayant ainsi empêché toute perception avant l'intervention. Roux et Binet constatent au cours d'une laparotomie exploratrice un thrill dirigé de droite à gauche, longeant le bord supérieur du pancréas, s'entendant jusqu'à la queue de cet organe et disparaissant totalement à la compression de l'origine de l'artère splénique.

On voit donc que les symptômes de l'anévrysme de l'artère splénique sont très peu caractéristiques. On ne s'étonnera pas alors si le diagnostic clinique n'a été qu'exceptionnellement posé.

C'est pour cela que nous aurons recours à l'examen radiologique de la rate et de son pédicule chaque fois que les investigations habituelles auront éliminé une affection gastro-duodénale et vésiculaire.

B. - **Aspects radiologiques.**

C'est Hœgler qui, en 1920, fit la première constatation radiologique. Plus tard, Lindbœ publia, après Israelski (1930), un cas d'anévrysme calcifié de l'artère splénique pour lequel un diagnostic radiologique correct fut posé, puis vérifié à l'opération. Haffner, en 1936, décrit les différents aspects radiologiques de l'anévrysme calcifié de l'artère splénique. Après lui, nous ne retenons d'intéressant sur ce chapitre que les travaux de Von Ronnen en 1953.

L'examen radiologique permet de déterminer une image calcifiée ronde ou ovale, située dans l'hypocondre gauche habituellement à gauche de L_1, parfois entre D_1 et D_{12} ou au niveau de L_3. C'est une image à portion centrale tachetée (Dahm), dont la périphérie est dense et marquée par une ligne opaque discontinue (aspect d'œuf craquelé de Palmer). C'est enfin une image mobile avec la respiration, refoulant l'estomac pour y déterminer une ombre pseudo-lacunaire.

Après transit gastro-intestinal, lavement baryté et pyélogramme d'excrétion, on peut lui attribuer les caractères suivants : elle est indépendante de l'estomac, lui est postérieure, située devant la colonne vertébrale, derrière l'encoche splénique, au-dessus et en avant du pédicule rénal.

Plus délicate, mais plus précise est l'artériographie de la splénique par aortographie lombaire.

Dès 1931, Dos Santos, Lamas et Caldas, dans leur ouvrage : « Artériographie des membres et de l'aorte abdominale », montrèrent l'importance de cette méthode dans le diagnostic des anévrysmes des artères abdominales. A l'aide d'une aiguille appropriée attachée à un tube de polyéthène, on injecte un liquide de contraste dans l'artère splénique en ponctionnant l'aorte sous la côte marginale gauche, à quatre travers de doigt de la ligne médiane. Ce procédé, bien exécuté, montre les contours de la rate, de son pédicule et de la veine porte. Il permet ainsi d'éliminer les anévrysmes de l'artère rénale gauche, les kystes échinocoques du lobe gauche du foie, de la rate ou du mésentère, les calcifications de la capsule surrénale ou du rein gauches.

C. - **Formes cliniques.**

1. **Formes cliniques symptomatiques.**

a) *Forme à type de douleurs et de dyspepsie.* — La douleur peut être l'unique symptôme, sourde ou aiguë, spontanée ou provoquée, localisée ou irradiant dans toutes les directions.

C'est souvent une douleur localisée au creux épigastrique (obs. XXI), plus rarement dans le dos (obs. XLI) ou autour des dernières côtes (obs. XLII). Parfois ce sont des douleurs d'une violence extrême siégeant à l'épigastre, irradiant vers l'hypocondre et vers le dos de façon transfixiante en broche, gagnant parfois tout l'abdomen (observation XXXVIII). Elles sont à type de torsion, de crampes, ou simulent des douleurs qui traduisent la migration de calculs et cèdent à la morphine (obs. VI). Elles peuvent être quotidiennes, durant des années (sept ans chez un malade de Binder, obs. XXII). Elles sont sans périodicité, sont déclenchées par les aliments, survenant dès les premières bouchées ou très peu de temps après : cinq à dix minutes. Elles ne cèdent pas à la médication alcaline et

augmentent quand le patient essaie de prendre certaines positions : flexion du tronc en avant, comme dans une observation d'Osborne.

On peut les provoquer aussi par le palper profond de la région épigastrique gauche, de l'hypocondre gauche ou de l'angle costo-lombaire homonyme (obs. XXXVIII).

Cette forme à type de douleurs se rencontre parfois seule, mais dans la majeure partie des cas elle est accompagnée d'une note dyspeptique qui, elle, n'est jamais isolée dans les observations que nous avons pu rassembler. Cette dyspepsie se résume en anorexie, état nauséeux et vomissements (obs. XL et XLVIII), parfois en hoquets et éructations (obs. XXXVII).

b) *Forme à type d'hémorragie gastro-intestinale.* — Les hémorragies gastro-intestinales sont la traduction d'une fissuration ou d'une rupture dans le tractus digestif.

On est parfois en présence d'un tableau fait de douleurs sourdes, tendances syncopales, hématémèses, mélœnas, le tout survenant par poussées, pouvant durer des années : quatorze chez un malade de West (obs. VIII).

Cette première étape conduit fatalement à une rupture finale cataclysmique, avec vomissements de sang rutilant, hémorragie intestinale abondante. Mais ce dernier tableau peut être primitif, et le malade est emporté en quinze minutes, même dans la rue (obs. VI), après des accidents dramatiques consistant en syncope, hématémèse abondante (obs. XXXVII) ou parfois par une hémorragie intestinale importante suivie d'une hématémèse également notable (obs. XXV).

c) *Forme à type de drame abdominal aigu.* — Dans la plupart des cas, si l'évolution de l'anévrysme n'aboutit pas à la rupture dans un viscère creux comme dans les cas précédents, elle se fait en péritoine libre, accompagnée d'un cortège de signes qui, souvent, font errer le diagnostic. Là encore, la rupture peut s'effectuer en plusieurs temps ou être primitive, brutale, occasionnée par des

variations de pression dans la cavité abdominale, telles une grossesse ou une paracenthèse (obs. XXXVI et XXIII). Elle peut être aussi favorisée par des lésions des organes voisins qui créent parfois des adhérences très serrées (obs. V, VIII, XXV).

La symptomatologie est essentiellement variable, mal localisée, jamais caractéristique.

On peut être en présence d'un tableau de collapsus très marqué dû à une hémorragie interne : douleur brutale en coup de poignard au niveau de l'épigastre ou de l'hypocondre gauche (obs. XXXIV), irradiant parfois vers l'épaule gauche (Sherlock et Learmouth), accompagnée de pâleur extrême et d'effondrement de la tension artérielle.

Souvent aussi l'anévrysme se rompt dans l'arrière-cavité des épiploons, constituant un hématome enkysté avec douleur et tension de l'épigastre, vomissements persistants (obs. XXXIII), pouls et respiration accélérés ; secondairement, le sang peut gagner la grande cavité péritonéale et se répandre jusque dans le pelvis.

En somme il n'y a pas de tableau clinique bien individualisé en raison de la symptomatologie d'emprunt. On conçoit alors que le diagnostic puisse errer et l'on pense à une rupture de rate paludéenne (obs. XXVI), de l'utérus ou de grossesse ectopique (obs. XXXIV), à un placenta prævia (obs. XXI), à un ulcère perforé de l'estomac, à une occlusion du grêle (XIX et XLII) et même à un volvulus du côlon sigmoïde (obs. XXXVIII).

d) *Formes à type de syndrome de Banti.* — L'anévrysme de l'artère splénique peut parfois évoluer sous le masque d'un syndrome de Banti. Splénomégalie, hypersplénisme, hypertension portale, hémorragies à répétition en sont les symptômes cardinaux.

Les observations XVII, XXIV et XXXVI sont les seules connues pour illustrer cet aspect. Le cas que nous avons rapporté (obs. XLVII), concernant une malade avec un

anévrysme du hile splénique, hémorragies à répétition, grosse rate, leucopénie neutropénique, tout en complétant ce groupe, s'individualise en ce sens que notre cliente présentait une ulcération duodénale trouvée à l'intervention et que la radiographie n'avait jamais mise en évidence. Cette remarque est à rapprocher de celle de Schrœder dans l'observation XXIV, concernant une jeune femme ayant eu un anévrysme de l'artère splénique avec syndrome de Banti accompagné d'hématémèses chez laquelle l'autopsie n'a donné aucun indice sur la cause de l'hémorragie. Et quand l'auteur conclut dans son article qu'il n'est pas impossible, et qu'il est même très probable, que les vaisseaux de l'estomac aient été transformés dans le même sens que ceux de la rate, nous pouvons accorder un certain crédit à son hypothèse.

Notre point de vue peut s'appuyer, d'une part sur les travaux de Bruce à propos des hémorragies intrapéritonéales sans cause apparente, d'autre part sur les observations de Nervin et Williams que nous avons rapportées au chapitre des données étiologiques. Partant, les hémorragies de notre malade seraient davantage dues à une malformation vasculaire au niveau du duodénum qu'à un syndrome de Banti où l'hémorragie est surtout due aux vaisseaux courts qui se rendent à la grosse tubérosité de l'estomac. Les travaux de Reilly ont en effet montré chez l'animal qu'une excitation portée au niveau du hile splénique détermine des hémorragies dans le territoire irrigué par les vaisseaux courts de la grosse tubérosité. Nous ne saurions en dire autant pour le duodénum.

Il ne nous semble pas possible de tirer de ces deux cas des déductions susceptibles d'avoir une portée plus générale. Si notre point de vue ne peut être étayé par les publications actuellement connues, il n'en demeurera pas moins que le problème en aura été posé.

2. **Formes cliniques asympomatiques.**

Ce sont les formes silencieuses qui n'ont jamais fait parler d'elles, découvertes à l'autopsie (obs. XII) ou à la radiographie (obs. XLIV-XLV). Dans ce dernier cas, il faut savoir éliminer :

a) L'anévrysme calcifié de l'artère rénale. Presque toujours le diagnostic est assez aisé, cet anévrysme étant situé dans le hile rénal et ne bougeant pas, ou très peu, avec la respiration. Cependant il arrive parfois que l'anévrysme de l'artère rénale soit près de l'aorte ; la différenciation est alors impossible sans aortographie.

b) Un kyste échinocoque situé dans la rate, le lobe gauche du foie ou dans le mésentère. Là, le nombre des kystes, l'éosinophilie sanguine et la réaction de Casoni seront d'un précieux secours.

c) Les calculs pancréatiques, les ganglions mésentériques calcifiés, les phlébolithes de la rate, les infarctus calcifiés de la rate, les kystes et les foyers tuberculeux calcifiés de la rate, les calcifications dues aux périsplénites qui présentent tous un tableau radiologique différent.

3. **Formes cliniques selon le terrain.**

Nous avons vu que ni le sexe ni l'âge ne doivent être considérés comme prédisposant à l'anévrysme de l'artère splénique. Mais la femme enceinte est particulièrement sujette aux ruptures d'anévrysmes restés jusqu'alors silencieux. Nous savons en effet que la gravidité s'accompagne d'une inondation hormonale qui provoque un relâchement de la paroi artérielle ; nous avons montré par ailleurs que les variations de pression de la cavité abdominale sont souvent facteurs de rupture de l'anévrysme.

Ainsi donc la rupture de l'anévrysme avec la symptomatologie d'emprunt sur laquelle nous avons tant insisté se produira surtout en fin de grossesse, au cours du travail (obs. XXI) ou après la délivrance (obs. XXVI).

IV. — TRAITEMENT.

Les recherches de Mondor et Olivier attirent l'attention dans le cas d'hémopéritoine aigu, sur la fréquence des lésions spléniques dans la proportion de 22 à 25 %.

Il conviendra donc, après avoir éliminé une rupture tubaire chez la femme, de se reporter vers le quadrant supérieur gauche de l'abdomen, de faire un décollement colo-épiploïque pour mieux explorer l'arrière-cavité des épiploons et maîtriser l'hémorragie.

Nous citerons pour mémoire les traitements palliatifs qui n'ont jamais été salutaires pour le patient : tamponnement du petit bassin (Bertrand), tamponnement du petit bassin marsupialisé (Smith).

Le premier succès thérapeutique obtenu fut celui de Winkler qui, en 1905, réalisa une ablation de l'anévrysme suivie de splénectomie. Marshall, en 1922, procède par ligature proximale et distale de l'anévrysme, l'irrigation de la rate s'effectuant par voie collatérale à travers les vaisseaux du ligament gastro-épiploïque.

Roux et Binet critiquent cette dernière méthode, qui prive la rate de sa vascularisation principale et peut conduire soit à une atrophie dégénérative secondaire de l'organe, soit à une nécrobiose de la rate avec les conséquences graves qu'on lui connaît. Ils préconisent donc une excision de l'anévrysme avec ligature de l'artère en amont et splénectomie complémentaire.

La technique devra varier, compte tenu du siège de l'anévrysme et des adhérences qu'il peut contracter avec les organes voisins, en particulier le pancréas.

Ainsi, pour un anévrysme de la bifurcation de l'artère splénique, l'ablation du sac et de la rate, après ligature en amont, devra être suivie d'une résection de la queue du pancréas. S'il s'agit d'un anévrysme de la portion sus-rétro-pancréatique qui présente parfois des difficultés

diagnostiques, même le ventre ouvert, ils conseillent une opacification et une radiographie per opératoires de la splénique suivie, si la lésion est reconnue, d'une ablation de l'anévrysme et de la rate, complétée par une pancréatectomie partielle. Pour les anévrysmes siégeant à l'origine et qui nécessitent une ligature portant sur le tronc cœliaque, ce qui compromettrait gravement la vascularisation hépatique, il semblerait que la coagulation intravasculaire par « wiring à froid » soit davantage recommandée que la coagulation électrique. Le « wrapping » qui consiste en un enrobement du sac anévrysmal par une lame de cellophane ne semble pas trouver son indication ici en raison de la situation profonde de l'artère, presque toujours noyée dans une gangue scléreuse de dissection fort peu aisée.

La plupart des auteurs sont partisans de l'ablation de l'anévrysme dès qu'on en pose le diagnostic. Ils s'appuient sur le pronostic presque toujours fatal en cas de rupture, trois cas de rupture guéris ayant été jusqu'à présent enregistrés : Brockman (1930), Gillam (1942), Morse et Covert (1947).

Mais une tendance moins rigide tend actuellement à se dégager. Née avec Safwenberg, pour qui les petits anévrysmes calcifiés de l'artère splénique sont bénins, elle s'affirme davantage avec Von Ronnen, qui conseille une attente prudente et surveillée si l'anévrysme est petit, de taille moins grande ou égale à celle d'une cerise, à paroi entièrement calcifiée, ne se manifestant par aucun symptôme, ne s'accompagnant pas d'hypertension et chez une femme en dehors de la période d'activité génitale.

Le traitement chirurgical radical devra alors être entrepris dès le moindre symptôme.

TROISIEME PARTIE

CONCLUSIONS

Notre étude sur l'anévrysme de l'artère splénique nous permet de tirer les conclusions suivantes :

1° L'anévrysme de l'artère splénique n'est pas aussi rare qu'on l'a souvent prétendu.

2° Il peut demeurer parfaitement silencieux et n'est souvent qu'une trouvaille soit à l'autopsie, soit à l'occasion d'un examen radiologique.

3° Il se manifeste parfois par des signes cliniques propres à tout anévrysme qu'il faut savoir rechercher et interpréter.

4° Sa symptomatologie est faite, dans la plupart des cas, de douleurs épigastriques et de l'hypocondre gauche, souvent accompagnées d'une note dyspeptique évoquant une affection gastro-duodénale.

5° Il peut évoluer dans de rares cas sous le masque d'un syndrome de Banti (notre observation).

6° Sa complication majeure est la rupture en un ou plusieurs temps, soit dans le tractus digestif avec hémorragie gastro-intestinale abondante, soit en péritoine libre avec un cortège de signes évoquant un ulcère perforé, une grossesse ectopique rompue ou une occlusion intestinale.

7° La grossesse le révèle souvent par une rupture au

cours des derniers mois de la gestation, au cours du travail ou après la délivrance.

8° Si l'on élimine la syphilis et les traumatismes, qui sont l'exception, nous ne lui trouvons pour causes quasi constantes que l'artériosclérose, les infections rhumatismales, les affections de la rate et de son pédicule et surtout les malformations vasculaires congénitales.

9° Son évolution crée souvent des adhérences qui font que l'excision de la masse anévrysmale suivie de splénectomie ne sera pas toujours aisée.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire

Vu :

Le Doyen :

R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président :

G. MORETTI.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 11 avril 1957,

Le Recteur d'Académie,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Ahrens M. — Zwei Fälle von geborstenen aneurysmen der art. lienalis und hepatica. Thèse de Greifswald, 1892.

Anderson W. & Gray J. — Report of case of aneurysm of the Splenic Artery with Reference to 58 cases collected by the authors. *Brit. J. Surg.*, 1929, **17**, 267.

Ayer J. B. — Death from rupture of an anevrism of the splenic artery. *Bos-Med. and Surg. Journ.*, 1883, **113**, 1948.

Barlow L. — Anevrism of the splenic artery. *Tr. Path. Soc. London*, 1898, **1**, 57.

Baumgartner E. A. & Thomas W. S. — Anevrism of the splenic artery. *S.G.O.*, 1922, **39**, 462-471.

Berger J. S., Forsee J. H. & Fwest J. N. — Splenic arterial aneurysm. *Annals of surgery*, 1953, **137**, 108-110.

Bertrand P. & Clavel C. — Rupture des anévrysmes de l'artère splénique. *Lyon Chirurgical*, 1929, **26**, 241-671.

Binde. — Anevrysma der Arteria Lienalis mit Lodlicher Blutung. *Verhandl d. deutsche Path. Gesellsch.*, 1913, **16**, 225-228.

Bjorkman S. E. — Souffles vasculaires des grosses rates. *Acta Medica Scandinavica*, 1953, **145**, 78-83.

Brockman R. (Saint-Léger). — Aneurysm of the splenic artery. *Brit. J. Surg.*, 1939, **17**, 692-693.

Chalmers J. — Rupture d'un anévrysme artériel splénique, complication mortelle d'une grossesse. *Brit. J. Surg.*, 1949, **37**, 86-90.

Cosgrow G. E., Watts J. C. Jr & Kamp D. H. — Spontaneous rupture of splenic arterial aneurysm : three cases. *Am. J. Clin. Path.*, 1947, **17**, 372.

Corson. — Anevrism of the splenic artery ; rupture and death. *Med. and Surg. Reporter Philadel.*, 1869, **20**, 351.

Crisp E. — —Structure, diseases and injuries of the blood vessels. London, John Churchill Company, 1847, p. 351.

Danforth W. C. — Aneurysm of splenic artery with rupture, rare complication of pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1945, **50**, 53-756.

Davidson A. — Aneurism of the splenic artery. *Liverpool Med. Chir. Journ.*, 1884, **6**, 210.

Delbet P. & Mocquot. — Nouveau traité de chirurgie, 1911 (fasc. XI : Affect. chirurgic. des artères, p. 275).

Dobson L., More D. & Covert J. — Aneurism of splenic artery stanford. *M. Bull.*, 1947, **5**, 39.

Downs Ch. R., Hopeman A. R., Todd W. A. & Mathewson C. Jr. — Anévrysme de l'artère splénique. *Ann. Surg.*, 1955, **141**, 268-272.

Feldman M. — Anévrysme de l'artère splénique : étude autopsique. *Am. J. Dig. Dis.*, 1955, **22 K**, 48-50.

Foehrmann & Ugrumer. — Ein Fall von Aneurysma der arteria lienalis. *Arch. f. Klin. Chir. Berlin*, 1925, **137**, 193-197. Résumé *in Journal de Chirurgie*, N° 1, 1926, p. 730.

Forbus W. P. — On origin of miliary aneurysms of superficial cerebral. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1930, **47**, 239-284.

Fitzwillimas. — Fatal case of anevrism of the splenic artery. *Brit. Med. Journ.*, London, 1924, **2**, 803.

Garland E. A. — Anévrysme du tronc céliaque. *The Journal of the international college of surgeons*, 1951, **15**, 337-342.

Gilliam M. B. — Ruptured aneurysm of splenic artery during pregnancy. *Brit. M. J.*, 1942, **1**, 68-72.

Goinard P. — Pathologie chirurgicale de la rate, 1889, 1 livre, 174 pages, Masson, édit.

Harnett. — A case of traumatic anevrism of the splenic. *Indian med. gaz. Calcutta*, 1922, **57**, 457-460.

Heppner. — Ueber die Anevrysmen der arteria lienalis. *Schmidt's Jahrb.*, 1874, **163**, 246.

Hoegler. — Beitrag zur klinik der leber und milzarterienaneuv rismen. *Wien, Archiv, für Inner, Med.*, 1920, p. 543.

Jourdan. — Anevrysma der arteria lienalis. *Centralbl. f. allg. Path.*, 1892, III, p. 36.

Lamy L. & Ameline A. — Un cas d'anévrysme de l'artère splénique avec splénomégalie et hypertension portale. *Mém. Acad. Chir.*, 1954, **80**, 577-584.

Langsam M., Lewitan A. & Wilensky N. D. — Anévrysme de l'artère splénique. *New York State J. Med.*, 1954, **54**, 3113-3114.

Lennie R. A. & Sheehan H. L. — Splenic and Renal aneurysm complicating pregnancy. *J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp.*, 1942, **49**, 426.

Lindboe E. F. — Aneurysm of the Splenic artery diagnosed by X-ray and Operated upon with Success. *Acta Chir. scand.*, 1932, **72**, 108.

Lower W. E. & Farrel J. I. — Aneurysm of the splenic artery : Report of a case and review of the literature. *Arch. Surg.*, 1931, **23**, 182.

Lundwall & Goeld. — Ruptur eines anevrysmas der arterie lienalis in der Gravidität mit tödlicher Blutung, ein Beitrag zur aetiologie der Pankreasblutungen. *Arch. f. Gynaekol.*, Berlin, 1923, **128**, 177-184.

Machemer W. L. & Fuge W. W. — Aneurysm of the Splenic artery. *Arch. Surg.*, 1939, **39**, 190.

Mc Swain B. & Diveley W. — Arterial Aneurysms. *Ann. Surg.*, 1950, **132**, 214.

Marshall C. J. — Traumatic anevrism of splenic artery, rupture ligature. *Britsh Journ. Surg. London,* 1922, IX, N° 36, p. 570. Analyse *in Journal de Chirurgie,* 1922, II, p. 492.

Mayet. — Note sur un cas de mort rapide par rupture d'un petit anévrysme de l'artère splénique. *Annales Soc. Méd. Lyon,* 1879, **25**, 44.

Milone S. — Aneurisma del arteria splenica. *Arch. Ital. Chir.,* 1952, **75**, 427-449.

Mondor & Boutrou. — Hémopéritoine pour angiome de la rate. *Journal de chirurgie,* 1938, **51**, 368.

Mondor & Olivier. — L'hémopéritoine spontané chez l'homme. *Journal de Chirurgie,* 1939, **53**, 1-13.

Monro T. K. — Anevrysm of the splenic artery in connection with ulcerative endocardites. *Tr. Glasgow Path. and Clin. Soc.,* 1906, **10**, 92.

Mulley K. — Ein Fall von Anevrisma der arteria lienalis geheilt durch splenektomie. *Beitr. z. Klin. Chir.,* 1918, **111**, 205.

Naher. — Ueber anevrismen der arteria lienalis. *Deuts. Zeit. f. Chir. Leipzig.,* 1926, **198**, 118-124.

Nervin S. & Williams D. J. — Pathogenesis of multiple anevrysms. *Lancet,* 1937, **2**, 955-958.

Osler W. — Anevrism of splenic artery : perforation into transverse colon. *Montréal gén. hosp. rep.,* 1880, **1**, 266-268.

— Anevrism of the splenic artery. *Trans. Pathol. Soc. Phil.,* 1889, **15**, 127.

Owens J. C. & Coffey R. J. — Aneurysm of the splenic artery including a report of 6 additional cases. *International abstracts of swegery en S.G.O.,* 1953, **97**, 313-335.

Palmer T. A. — Anevrysms of the splenic artery. *New England J. Med.,* 1950, **243**, 989-994.

Poidevin L. O. S. — Rupture d'un anévrysme de l'artère splénique au cours de la grossesse. *Med. J. Austral.,* 1955, **42**, 922-923.

Ponfick. — Ueber embolische anevrismen, nebst Bemerkungen ueber das acute Herzaneurysma-Herzgeschwür. *Arch. f. path. Anat.,* etc., Berlin, 1873, **58**, 528.

Remmelts. — Case of studien death in pregnancy from rupture of anevrism of splenic artery (en hollandais). *Nederl. Tijdschr voor Verlosk en gynnaec.,* 1928, **33**, 41-44.

Reynolds W. — Notes of a case of anevrism of the splenic artery. *South American M. Rey.,* 1906, p. 267.

Riemenschneider P. A. — Gros anévrysmes multiples de l'artère splénique : relation d'un cas confirmé à l'aortographie et à l'opération. *Am. J. Roentgenol.,* 1955, **74**, 872-873.

Rochet Ph. et Peycelon. — Anévrysme de l'artère splénique ouvert dans l'estomac. *Lyon médical,* 1927, **11**, 158 ; *P.M.,* 1927, **1**, 346.

Rolleston. — Anevrism of the splenic artery. *Tr. Path. Soc. London* 1898, **50**, 55.

Von Ronnen J. R. — Le diagnostic radiologique des anévrysmes calcifiés des artères spléniques et rénales. *Acta radiol.*, 1953, **39**, 385-400.

Roux M. & Binet J.-P. — Les anévrysmes de l'artère splénique. *Presse Méd.*, 1954, **62**, 400-403.

Santesson. — Anevrisma art. Lienalis med. ruptur. *Förh. swensk, läkaresällsk, Sammank*, 1848-1849, Stockholm, 1849 p. 12.

Schrœder C. — Ueber einen Fall von Aneurysma der arteria lienalis. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1924, **132**, 175-180.

Scott V. — Anévrysmes abdominaux. Relation de 96 cas. *Ad. J. Syph.*, nov. 1944, **28**, n° 6, 682-707.

Sheehan H. L. & Folkiner N. H. — Splenic aneurysm and splenic enlargement in pregnancy. *Bret. M. J.*, 1948, **2**, 1105.

Sherlock S. P. V. & Learmouth J. I. — Aneurysm of the splenic artery with account of example complicating gaucher's disease. *Brit. J. Surg.*, 1942, **30**, 151-160.

Sherwin B. & Gordimer H. — Aneurysm of the splenic artery. *Ann. Surg.*, 1950, **131**, 599-603.

Shumway N. E. & Peyton W. T. — Two cases of perforated intra-abdominal aneurysm ; complicating by neurological findings. *Surgery*, 1951, **30**, 1012.

Smith P. G., Rush T. W. & Evans A. T. — The technic of translumbar arteriography. *J. A. M. A.*, 1952, **148**, 255.

Smith H. B. M. — A fatal case of intraperitoneal hoemorrhage from an usual source. *British Med. Journ.*, 1911, p. 83.

Smith W. R. — A case of ruptured anevrism of the splenic artery (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1923, **80**, 1692.

Sperling L. — Aneurysms of the splenic. *Artery*, 1940, **8**, 633.

Tagart R. E. B. — Rupture d'anévrysme d'une artère splénique. *Brit. J. Surg.*, 1952, **39**, 469-471.

Tarrozzi G. — Ein echtes anevrisma der Milzartery. *Centralbl f. Allg. Path.*, 1904, **15**, 500.

Taylor & Teacher. — Two cases of splenic anevrisms. *Glasgow Med. Journ.*, 1911, **75**, 249.

Tennet R. A. & Starrit A. — Rupture aneurysm of the splenic artery during pregnancy. *Glasgow M. J.*, 1950, **31**, 465.

Thore. — Anevrisma. *Ergebn. d. allg. Patho. Und. Path. Anat.*, 1910, **15**, 666.

Tomsykoski A. J., Stevens R. C., Izzo P. A. & Rodriguez C. E. — Aneurysm of the splenic artery during pregnancy. *Am. J. O. Gyn.*, 1953, **66**, 1264-1270.

Trevor R. S. — Multiple aneurysms of the splenic artery. *Trans. of. Path. Soc. of London*, 1903, **54**, 302-308.

Van Rooy. — Ruptur of anevrism of splenic artery at end of pregnancy (en hollandais). *Nederl. Maandschr. von geneek*, 1927, **14**, 507-513.

Weigert. — In die Milzvene geborstener anevrisma einer Milzaterie. *Arch. f. Path. anat.*, Berlin, 1886, **104**, 26-30.

WEINBERGER. — Ueber Diagnostik und Klinischen Verlauf der mykotisch embolischen anevrismen und Gefäsrupturen. *Ztsch. f. Klin. Med.*, 1907, **62**, 457.

WESENBERG W. — Verblutung während der Geburt infolge Ruptur eines anevrismas der Milzarterie. *Zentr. f. Gynaekol.*, Leipzig, 1912, **36**, 463-466.

WEST. — Anevrysm of the splenic artery rupturing into the stomach. *Lancet*, London, 1885, **1**, 518, et *Brit. Med. Journ.*, London, 1885, **1**, 595.

WINKLER V. — Ein Fall von Milzextirpation wagen aneurysmaler Arteria lienalis. *Zentralbl. f. Chirurg.* 1905, **32**, 357.

ZANNINI. — Reputo anatomico di un caso speciale di aneurisma. *Fracsotoco Verona, Gazz. Med. Ital. prov. venete*, 1880, **23**, 296-300.

ZELUFF G. W. & PARSONNET V. — Rupture d'anévrysme de l'artère splénique. *Ann. Int. Méd.*, 1951, **35**, 437-443.